

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Я _____ ; _____ уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. Также я уведомлен о том, что имею право на получение медицинских услуг бесплатно в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Смоленской области. Заказчик _____ (_____) « _____ » 20 _____ г.; Пациент _____ (_____) « _____ » 20 _____ г.

ДОГОВОР

об оказании платного рентгенологического исследования

г. Смоленск

« _____ » _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Ортос Плюс», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Управляющего-ИП Васильковой Юлии Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гр. _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах гр. _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платное рентгенологическое исследование, в соответствии с лицензией №ЛО41-01128-67/00321843 от 31.05.2018 года, лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (тел. 29-22-19), а Пациент обязуется оплатить оказанную услугу на условиях настоящего договора. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг не более 30 календарных дней.

2. Вид исследования: _____ стоимостью _____ руб, срок оказания _____ . Цена стоматологических услуг определяется в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом. Оплата услуг в полном объеме, производится Пациентом в рублях наличными в кассу Исполнителя в момент подписания настоящего договора.

3. Пациент обязуется: 3.1. Предоставить необходимую и достоверную для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве и безопасности оказываемых Исполнителем услуг.

3.2 Удостоверить личной подписью в оформляемой Исполнителем документации: сообщенные сведения о своем здоровье, факт получения сведений о наличии заболевания, диагнозе и прогнозе заболевания.

4. Ответственность сторон при неисполнении либо ненадлежащем исполнении обязательств по настоящему договору определяется в соответствии с действующим законодательством.

5. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

6. В момент подписания настоящего договора Пациент подтверждает свое информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического исследования, в соответствии ст. 20 ФЗ № 323 «Об Основах охраны здоровья граждан в РФ» по форме Приложение №2 к настоящему договору.

7. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**лицензия № ЛО41-01128-67/00321843 от 31.05.2018г, на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии профилактической; При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранению и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются следующие работы(услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи., лицензирующий орган Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, 214000, г. Смоленск, пл. Ленина, д. 1 тел. 29-22-19.*

8. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью «Ортос Плюс»
ИНН 6730048302, КПП 673001001 ОГРН 1036758310490 выдан 03.02.2012 г.
Межрайонной ИФНС России № 5 по Смоленской областител.: +7(4812) 20-18-05
Р/счет № 40702810902320000846 ПАО «БАНК УРАЛСИБ»
БИК 044525787 К/счет № 30101810100000000787
Юр. адрес: 214018, г. Смоленск, ул. Исаковского, д. 24 Факт адрес: 214000 г. Смоленск, ул. Дзержинского, д.5
тел.: (4812) 33-99-33, сайт: _____
https://www.optima-sm.r
Управляющий ООО «Ортос Плюс»
ИП Василькова Ю.В.

Пациент:

(Ф.И.О., место жительства, дата рождения, телефон)

тел. _____

Паспортные данные _____

Ю.В. Экземпляр договора на руки получил _____ (_____)

Заказчик:

(Ф.И.О., место жительства, дата рождения, телефон)

тел. _____

Паспортные данные _____

Экземпляр договора на руки получил _____ (_____)

Утверждено приказом
Министерства здравоохранения РФ
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Приложение № 2 к договору № _____ от _____ г.
О возмездном оказании стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____ (дата рождения гр. либо законного представителя) (адрес регистрации гражданина или законного представителя)

_____, Проживающего по адресу: _____ (указывать в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____, « _____ » _____ г. рождения, (ФИО (при наличии) пациента при подписании Согласия законным представителем)

Проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный [приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом [5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе смерти:

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника) _____ (дата оформления);